



SELECIONADOS INTERCÂMBIO - 2026

CAMPUS JACOBINA

NOME COMPLETO	ESCOLA REPRESENTADA
Amanda da Cruz Silva	CM Gilberto Dias de Miranda
Angélica Lopes Soares Santana	CM José Vieira Irmão
Arthur Santos Pereira	CM Núbia Maria Mangabeira Guerra
Cleyton Vinicius Vieira Andrade	CM Pedro Daltro
Guilherme Pereira da Silva Santos	CM Esther Tupinambá de Moraes
Jadson Santos Aurora	CM José Prado Alves
Kamila Nunes Pereira Rios	CM José Prado Alves
Kemilly Sampaio de Souza	CM Pedro Daltro
Lara Stefanni De Souza Fernandes	CM Elvira Costa Pires
Maria Eloiza Santos Souza	CM Dr. Marcos Jacobina
Pedro Jacó Araujo Silva	CM Esther Tupinambá de Moraes
Rebeca Alves Cardoso	Armando Xavier de Oliveira
Sindhy Nunes Santos	CM Elvira Costa Pires
Wendel Souza Oliveira	CM Núbia Maria Mangabeira Guerra
Ybison Correia Rodrigues	CM Dr. Marcos Jacobina
Professora Solemar Gonzaga dos Santos Silva	CM Pedro Daltro

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, na qualidade de responsável legal, declaro que o(a) menor abaixo qualificado(a), apresenta plena saúde, não tendo quaisquer condições físicas e/ou emocionais impeditivas, e autorizo e responsabilizo-me integralmente por sua participação na etapa 3 – Intercambio “Era uma vez... Brasil”, que será realizada no período de **19 a 30 de novembro de 2026**, permanecendo hospedados na **Fundação “O Século”, localizada na Av. Marginal, 4350, São Pedro do Estoril**, Portugal, realizada por ORIGEM PROMOÇÃO DE EVENTOS LTDA, inscrita no C.N.P.J./M.F. sob o n.º 08.846.690/0001-60, isentando a Promotora de quaisquer responsabilidades no caso de omissão ou fornecimento de informações falsas sobre os dados solicitados. Certifico também estar ciente de que será de responsabilidade do(a) menor portar consigo itens de higiene e roupas pessoais e passaporte válido para viagem. **Autorizo a divulgação de imagens e vídeos do(a) adolescente em quaisquer veículos, impressos ou digitais**, referentes à sua participação neste Projeto, bem como a cessão dos direitos autorais referentes a criações, produções artísticas, redações, desenhos, textos, vídeos ou quaisquer manifestações culturais realizadas pelo(a) menor durante o Projeto, para fins de divulgação, veiculação em quaisquer mídias e utilização em materiais institucionais, sem limite de tempo ou território, de forma gratuita, em caráter irrevogável e irretratável. Concordo, ainda, por meio de manifestação livre, informada e inequívoca, com o tratamento dos seus dados pessoais para finalidade específica em conformidade a Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

NOME DA ESCOLA:

DADOS PESSOAIS DO(A) ESTUDANTE

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME SOCIAL (caso tenha):	SEXO: () M () F

DADOS DO(A) RESPONSÁVEL

NOME:	ESTADO CÍVIL:
RG:	VÍNCULO: () MÃE () PAI () OUTRO: _____
TELEFONE:	

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR:

GRAU:	NOME:	TELEFONES:
-------	-------	------------

ENDEREÇO RESIDENCIAL

AV/RUA:	Nº	BAIRRO:
CEP:	CIDADE:	ESTADO:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

POSSUI ALERGIA ALGUM ALIMENTO?

POSSUI ALERGIA ALGUM MEDICAMENTO?

FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO DIÁRIA? SE SIM, QUAL?

MEDICAÇÃO DIÁRIA

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Ex: Dosagem máxima, efeitos colaterais, se em jejum:

REMÉDIO	DOSAGEM	FREQUÊNCIA	HORÁRIO
			:

POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO DE ATIVIDADE?

POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA? SE SIM, QUAL? ANEXAR CID

NECESSITA DE CONDIÇÃO ESPECIAL? SE SIM, QUAL?

POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? SE SIM, QUAL?

EM RELAÇÃO A ALIMENTAÇÃO: () VEGETARIANO () VEGANO () NENHUMA RESTRIÇÃO

DATA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: